



Año Escolar: 20\_\_\_\_-20\_\_\_\_

Escuela Afiliada: \_\_\_\_\_

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

El infrascrito (s) es el Estudiante y padre (s), guardián (es), o persona (s) a cargo de el Estudiante previamente nombrado y se referirá a ellos colectivamente como "Padre".

Por la presente, El Padre y Estudiante:

(1) Entienden y acuerdan que su participación en las actividades patrocinadas NSAA es voluntaria por parte del Estudiante y es un privilegio;

(2) Entienden y acuerdan que (a) por medio de este Formulario de Consentimiento, la NSAA ha proporcionado al Padre y Estudiante la información acerca de los peligros potenciales asociados con su participación atlética; (b) la participación en cualquier actividad atlética puede resultar en heridas de cualquier tipo; (c) la gravedad de dicha herida puede ir desde cortes menores, moretones, torceduras, y desgarres musculares hasta heridas más serias a los huesos, articulaciones, ligamentos, tendones, o músculos del cuerpo, hasta heridas catastróficas a la cabeza, cuello y columna vertebral, y en ocasiones extrañas, heridas tan graves que pueden resultar en la total discapacidad, parálisis y muerte; e (d) incluso con el mejor entrenador y la mejor guía, el uso del mejor equipo protector y el seguimiento estricto de las reglas, el lastimarse sigue siendo una posibilidad;

(3) Dan su consentimiento y acuerdan que la participación del Estudiante en actividades NSAA se encuentra sujeta a todas las leyes y regulaciones NSAA para su participación en las actividades patrocinadas NSAA, y las regulaciones y reglamento de la Escuela Afiliada NSAA por la que el Estudiante está participando; así mismo,

(4) Dan su consentimiento y acuerdan (a) la divulgación por parte de la Escuela Afiliada en la que el Estudiante se encuentra inscrito en NSAA y divulgación posterior por NSAA, de la información referente al Estudiante, incluyendo el nombre, dirección, teléfono, dirección de correo electrónico, fotografía, lugar y fecha de nacimiento, campos de estudio, fechas de asistencia, calificaciones escolares, estatus de ingreso (ej., tiempo completo o medio tiempo) participación en actividades y deportes reconocidas oficialmente, peso y altura como miembro de un equipo atlético, grado de estudios, honores y reconocimientos recibidos, estadísticas en cuestión de su desempeño, registros o documentación en relación a su elegibilidad para las actividades patrocinadas NSAA; y (b) que el Estudiante sea fotografiado, grabado en vídeo, grabado en audio, o grabado por cualquier otro medio mientras esté participando en actividades y concursos NSAA, consentimiento para renunciar a cualquier derecho de privacidad respecto de la exposición de dichas grabaciones, y renunciar a cualquier reclamo de derechos de cualquier tipo sobre dichas fotografías o grabaciones o a la exposición, venta o difusión de dichas fotografías o grabaciones.

(5) Dan su consentimiento y acuerdan autorizar al personal profesional de heridas del deporte para que evalúen y traten cualquier herida o enfermedad que ocurra durante la participación del estudiante en actividades NSAA. Esto incluye todos los cuidados razonables y necesarios, preventivos, tratamiento y rehabilitación de estas heridas. Esto también incluirá transporte del estudiante a la instalación médica correspondiente, si fuera necesario. Dicho personal profesional de heridas del deporte es totalmente independiente y no son empleados de NSAA.

(6) Reconocen que los Padres se encuentran obligados a pagar el cuidado médico profesional y/o servicios relacionados; la NSAA no será responsable del pago de dichos servicios. Damos nuestro permiso para que todos o cualquier proveedor de servicios de salud del Estudiante y la NSAA y sus empleados, equipo, agentes y consultores compartan y platiquen todos los registros e información acerca del estudiante, incluyendo información médica y registros confidenciales. Entendemos que esta cesión ha sido solicitada y puede ser utilizada con el propósito de determinar la elegibilidad correspondiente a las actividades de participación, aptitud física, heridas, estado de heridas, o emergencia. Reconozco que he leído los párrafos (1) a (6) de arriba, entiendo y estoy de acuerdo a los términos aquí incluidos, incluyendo a la advertencia de riesgo potencial de heridas inherentes al participar en actividades atléticas.

Nombre del Estudiante [Imprimir Nombre] \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

(Soy)(Somos) El [elija la opción correcta] (Padre) (Guardián) del Estudiante. (Yo)(Nosotros) reconozco que (Yo)(Nosotros) he leído los párrafos del (1) al (6) de arriba, entiendo y accedo a los términos aquí incluidos, incluyendo las advertencias de el riesgo potencial a heridas inherentes en su participación en actividades atléticas. Habiendo leído la advertencia en el párrafo (2) y entendiendo el riesgo de heridas potenciales a mi Estudiante, (Yo)(Nosotros) por el presente acto doy (mi)(nuestro) permiso para que \_\_\_\_\_ [ingrese el nombre del estudiante] practique y compita por parte de la escuela nombrada arriba en actividades aprobadas por la NSAA, **a excepción de aquellos marcados aquí abajo:**

Béisbol	Golf	Tenis	Producción de Juego	Básquetbol	Natación
Corredor	Futbol	Orador	Campo Traviesa	Futbol Soccer	Volibol
Música	Bolos Unificados	Softbol	Luchas	Debate	Periodismo
Pista y Campo Unificados					

Padre [Imprimir Nombre] \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

### MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

Medically eligible for all sports without restriction

Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

\_\_\_\_\_

Medically eligible for certain sports

\_\_\_\_\_

Not medically eligible pending further evaluation

Not medically eligible for any sports

Recommendations: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I have examined the student named on this form and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical examination findings are on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents or guardians).

Name of health care professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature of health care professional: \_\_\_\_\_, MD, DO, NP, or PA

### SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Other information: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Emergency contacts: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_